

## Notas importantes

### Leer detenidamente

Sólo podrá solicitar el examen para la clase incluida en esta convocatoria, toda persona que al momento de requerir la misma, haya completado todos los requisitos estipulados en la misma, así como los requisitos legales para poder ser nombrado en un puesto público.

Solamente cualifican los(as) de los Estados Unidos de América y los(as) extranjeros(as) legalmente autorizados(as) a trabajar en Puerto Rico.

### **Verifique que al llenar la Solicitud de Examen haya indicado el nombre del puesto para el cual solicita.**

Todo solicitante deberá acompañar su Solicitud de Examen de la documentación que evidencie:

- ✓ la preparación académica requerida, así como la experiencia y adiestramientos

*Someta la transcripción de créditos que indique el grado, concentración conferida e índice académico de graduación. De no indicarlo, corresponde que gestione y someta una Certificación de Grado que contenga dicha información. No se aceptarán copia(s) del(los) diploma(s) universitario(s) conferido(s), en sustitución de lo anterior.*

- ✓ Deberá incluir copia de licencias profesionales, de poseer alguna, relacionada con las funciones del puesto.
- ✓ la radicación de planilla de contribución sobre ingresos, durante los cuatro (4) años anteriores a la fecha en que sometió la Solicitud de Examen. La Certificación de Radicación de Planilla de Contribución sobre Ingresos es requisito que evidencie que usted radicó la planilla para los años 2007, 2006, 2005 y 2004. Si usted rindió la planilla para el año contributivo 2007 y en la Certificación que emite una Colecturía de Rentas Internas del Departamento de Hacienda no se indica o no se refleja que rindió la planilla para ese año, será requisito que presente copia de la primera página de la planilla con el sello oficial del Departamento de Hacienda, incluido al momento en que sometió el documento (la planilla). No se aceptarán copias de planillas de contribución sobre ingresos en sustitución de la Certificación. Someta copia al momento de presentar su Solicitud de Examen. Para conseguir la Certificación de Radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos deberá comprar dos (2) sellos de Rentas Internas por valor de cinco (\$5.00) dólares.
- ✓ De no haber sometido la planilla de contribuciones sobre ingresos, durante uno o más de estos últimos cuatro (4) años recuerde que deberá solicitar una Certificación de Razones en Ley para No Haber Rendido la Planilla de Contribución sobre Ingresos. Este documento lo expide el Departamento de Hacienda. Verifique que dicho documento contenga el sello del Departamento de Hacienda. Someta copia al momento de presentar su Solicitud de Examen para el puesto.
- ✓ que es acreedor, si aplica, a reclamar la concesión de cinco (5) puntos adicionales a la calificación de examen por ser veterano, veterano incapacitado, persona con impedimento o persona beneficiaria de los Programa de Asistencia Económica Gubernamental que se encuentran bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad de Personal y Oportunidad Laboral en Puerto Rico, Ley Pública Federal Núm. 104-193 de 22 de agosto de 1996.

No se aceptarán solicitudes ni documentos después de la fecha de cierre de la convocatoria.

En los casos de candidatos(as) que indiquen poseer experiencia la misma, será considerada solamente si ha sido adquirida en fecha posterior a la obtención del diploma o grado y si está relacionada con las funciones del puesto.

De ser el caso que el puesto a ser cubierto no requiera experiencia, si usted posee experiencia obtenida en fecha posterior a la obtención del grado académico, deberá someter una Certificación de Experiencia para fines de que la experiencia pueda ser evaluada. De estar relacionada la experiencia con las funciones del puesto, será considerada y se le concederán puntos.

A tenor con lo anterior en los casos en que el (la) solicitante sea empleado(a) del Sistema de Administración de Recursos Humanos en el Servicio Público del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, establecido mediante la Ley Núm. 184 de 3 de agosto de 2004, según enmendada, se considerarán únicamente las funciones propias y al nivel de la clasificación oficial del puesto en el cual fue nombrado(a). Las funciones llevadas a cabo mediante interinato serán consideradas a tenor con las normas vigentes.

La experiencia adquirida, si alguna, mediante interinatos en el Sistema de Recursos Humanos se acreditará si concurren las siguientes condiciones:

- a. el puesto y el (la) empleado(a) pertenecen al mismo servicio de carrera o de confianza.
  - b. designación por la Autoridad Nominadora o de su representante autorizado para desempeñar el puesto interinamente.
  - c. reunir los requisitos mínimos requeridos para el puesto al momento de la designación.
  - d. haber desempeñado durante el período del interinato todos los deberes normales del puesto.
- ✓ Los(as) candidatos(as) que indiquen poseer experiencia en empresas privadas o agencias públicas del Servicio Público, relacionadas con las funciones del puesto, deberán acompañar la Solicitud de Examen de una Certificación de Experiencia, una, por cada experiencia de trabajo indicada.

La Certificación de Experiencia deberá incluir lo siguiente:

- a. posición ocupada y fechas de inicio y terminación en el empleo. **Esta última información solicitada es imprescindible que sea incluida en la Certificación de Experiencia en cada caso.**
- b. sueldo semanal, mensual o por hora y si se trata de empleo a jornada parcial o completa
- c. descripción de los deberes y naturaleza del trabajo

La persona que resulte elegible como resultado de los exámenes figurará en un registro. Es responsabilidad del(la) elegible mantener informada a la División de Recursos Humanos de cualquier cambio de dirección. Si por alguna razón el(la) elegible tiene que ausentarse del país o se ve impedido(a) de aceptar ofertas de empleo, deberá comunicarse inmediatamente con esta Oficina y solicitar que se le inactive su elegibilidad.

Todo(a) candidato(a) podrá revisar la revisión del resultado del examen si lo hiciere dentro del término de quince (15), días a partir de la fecha de envío por correo de la notificación de dicho resultado.



**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**  
**OFICINA DEL COMISIONADO DE INSTITUCIONES FINANCIERAS**

Estación Fernández Juncos PO Box 11855 San Juan, Puerto Rico 00910-3855  
Teléfono 723-3131

## SOLICITUD DE EXAMEN

1. Título del examen (o puesto) que solicita, según se anuncia en la Convocatoria:			
2. <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Ascenso <input type="checkbox"/> Combinado			
3. Nombre:			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
4. Seguro Social:			
5. Dirección Postal: _____			
Urbanización	Calle/Número	Ciudad/Pueblo	País Código Postal
6. Teléfonos:			
Residencia _____	Trabajo _____	Celular _____	
Horario _____	Horario _____		
7. ¿Ha tomado este examen anteriormente?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____			
8. Tipo de nombramiento que aceptaría:			
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/> Jornada Parcial			
9. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
10. ¿Posee usted tarjeta de residente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
11. ¿ Si naturalizado, indique fecha y lugar: _____			
12. ¿Está usted legalmente autorizado(a) para trabajar en este País? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
De ser seleccionado(a) para empleo se le exigirá la prueba de ciudadanía y/o status en inmigración.			
<b>El propósito, de requerir esta información, es para asegurarnos que estamos actuando a tenor con la ley, de extender nombramiento para empleo.</b>			
13. Algunos(as) aspirantes tienen impedimentos físicos que no les permiten tomar nuestros exámenes en igualdad de condiciones con otros candidatos. Para superar estas desventajas, se les puede ofrecer la prueba bajo otras condiciones.			
Indique si tiene alguna de las siguientes condiciones:			
<input type="checkbox"/> No vidente <input type="checkbox"/> Audio-impedido(a) <input type="checkbox"/> Uso de silla de ruedas <input type="checkbox"/> Otra			
14. Indique si solicita preferencia de veterano, veterano incapacitado, persona con impedimento o persona beneficiaria de los Programas de Asistencia Económica Gubernamental. Deberá incluir evidencia de su condición de veterano, veterano incapacitado, persona con impedimento o beneficiaria de los Programas de Asistencia Económica Gubernamental que se encuentran bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad de Personal y Oportunidad Laboral de Puerto Rico, Ley Pública Federal Número 104-193 de 22 de agosto de 1996.			
<input type="checkbox"/> Preferencia Veterano <input type="checkbox"/> Preferencia Veterano Incapacitado <input type="checkbox"/> Preferencia Impedimento			
<input type="checkbox"/> Preferencia Persona Beneficiaria de los Programas de Asistencia Económica que se encuentran bajo las disposiciones de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad de Personal y Oportunidad Laboral de Puerto Rico, Ley Pública Federal Número 104-193 de 22 de agosto de 1996.			
<input type="checkbox"/> No aplica			
15. Tipo de licencia de conducir (si el puesto requiere guiar). Número _____ Categoría _____			
Estado _____			

16. Experiencias de Empleo: Si alguna(s) obtenida(s) en fecha posterior a obtener el grado académico. Indique comenzando con la más reciente. Someta una Certificación de Experiencia de cada patrono privado o agencia pública, en copia, al radicar la Solicitud de Examen. Cada Certificación de Experiencia deberá incluir la siguiente información: nombre y dirección del patrono, puesto(s) ocupado(s), tipo de jornada de trabajo parcial o a tiempo completo, número de horas trabajadas, fechas (día, mes y año) de inicio y de terminación de cada experiencia de trabajo y una descripción de los deberes del(los) puesto(s) ocupado(s) :

Título Oficial del Puesto _____	Nombre y dirección física del patrono _____ _____ _____	Nombre del supervisor inmediato y teléfono(s) _____ _____
------------------------------------	--	---

Resuma deberes y responsabilidades del puesto, si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Duración de la experiencia de trabajo Desde _____ Día Mes Año	Hasta _____ Día Mes Año
--	-------------------------------

Razón para abandonar el empleo: \_\_\_\_\_

Título Oficial del Puesto _____	Nombre y dirección física del patrono _____ _____ _____	Nombre del supervisor inmediato y teléfono(s) _____ _____
------------------------------------	--	---

Resuma deberes y responsabilidades del puesto, si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Duración de la experiencia de trabajo Desde _____ Día Mes Año	Hasta _____ Día Mes Año
--	-------------------------------

Razón para abandonar el empleo: \_\_\_\_\_

Título Oficial del Puesto _____	Nombre y dirección física del patrono _____ _____ _____	Nombre del supervisor inmediato _____ _____
------------------------------------	--	---

Resuma deberes y responsabilidades del puesto, si ha realizado funciones de supervisión, indique las clasificaciones del personal bajo su supervisión:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Duración de la experiencia de trabajo Desde _____ Día Mes Año	Hasta _____ Día Mes Año
--	-------------------------------

Razón para abandonar el empleo: \_\_\_\_\_

17. Preparación Académica: Someta copia legible de la(s), transcripción(es) de crédito(s) que evidencie(n) el (los) grado(s) conferido(s), concentración y el promedio general de graduación. De ser el caso que la(s) transcripción(es) de crédito(s) no evidencie(n) el (los) grado(s) conferido(s), será requisito proveer una Certificación de Grado conferido por el centro de estudios que incluya el(los) grado(s) la(s) concentración(es) obtenida(s) y el promedio general de graduación. No se aceptarán copia(s) de diploma(s) en sustitución de lo anterior.

Nombre de la Institución	Años completados	Grado conferido	Promedio	Concentración	Subconcentración

18. Enumere aquellos cursos o adiestramientos relacionados con las funciones del puesto, si alguno(s). Someta evidencia al radicar la Solicitud de Examen.

Institución	Título del curso	Duración del curso

19. Licencias que posee y colegiación, si aplica. Someta evidencia al radicar la Solicitud de Examen de ésta(s) ser requisito para ocupar el puesto. Someta evidencia de que está al día en el pago de cuotas.

Clasee	Número	Fecha en que fue expedida	Fecha de vencimiento

20. Conteste sí o no a las siguiente(s) pregunta(s):

¿Ha incurrido usted en conducta deshonrosa? Si  No

¿Ha sido usted destituido(a) del servicio público? Sí  No

¿Ha sido usted convicto por delito grave o por cualquier otro delito que implique depravación moral?

Sí  No

¿Ha sido usted adicto al uso habitual y excesivo de sustancias controladas? Sí  No

20. De haber contestado en la afirmativa en alguna (s) de la(s) pregunta(s) anterior(es) indique: ¿Ha sido habilitado por el (la) Administrador(a) de la Oficina de Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico? En caso afirmativo, incluya la resolución expedida por el (la) Administrador(a) de la Oficina de Recursos Humanos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que certifique que fue habilitado(a) de forma total o condicionada, según aplique.

**Otros documentos a ser radicados junto a la Solicitud de Examen:** La Solicitud de Examen es compulsorio que sea sometida, acompañada de una copia legible de la Certificación de Radicación de Planillas (modelo SC- 6088) expedida por el Negociado de Radicación de Planillas del Área de Rentas Internas del Departamento de Hacienda. En esta certificación se hará constar los últimos cuatro (4) años que la persona rindió planillas de contribución sobre ingresos, previo a la fecha de la Solicitud de Examen. En caso de no estar de acuerdo con la información incluida en la Certificación de Radicación de Planillas sobre Ingresos deberá cumplimentar el formulario 310-08 titulada "Hoja de Reclamación" en el Departamento de Hacienda y entregar el original de la Certificación de Radicación de Planilla. Deberá proveer toda la información necesaria que evidencie la radicación de la planilla.

En los casos en que el(la) solicitante a empleo no tenía la responsabilidad de radicar la planilla de contribución sobre ingresos durante uno o más años dentro del período de los últimos cuatro (4), anteriores a la fecha de la Solicitud de Examen deberá visitar el Departamento de Hacienda para completar el formulario de Certificación de Razones Por las Cuales No Está Obligado en Ley a Rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos (Modelo SC-2781). Esta Certificación será sometida en copia legible al momento de presentar su Solicitud de Examen en nuestra Agencia.

La Certificación de Radicación de Planillas de Contribución sobre Ingresos así como la Certificación de Razones Por las Cuales No Estaba Obligado en Ley a Rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos **es requisito** que tenga el sello oficial del Departamento de Hacienda. La Certificación de Radicación de Planillas Sobre Ingresos tiene un costo de cinco (\$5.00) dólares. Requiere adquirir sellos de Rentas Internas por dicho valor.

A las personas casadas que hayan rendido planillas a nombre de su cónyuge, la certificación se expedirá a nombre de ambos. Esto es indicativo de que rindieron la planilla en conjunto.

De ser reclutado(a) para ocupar el puesto, será requisito, presentar estas Certificaciones en su forma original.

**Advertencia:** Toda la información provista en esta Solicitud de Examen está sujeta a verificación. Cualquier falsa representación u omisión consciente puede ser motivo de descalificación para empleo o destitución en caso de ser empleado(a) de la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras.

**Certificación:** Certifico que lo declarado por mí es cierto, correcto y completo.

**Autorización:** Autorizo a la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras a que me someta a la pruebas de detección de sustancias controladas, que estime pertinentes, en caso de ser seleccionado(a) para nombramiento. Estoy consciente que de negarme a someterme a las mismas, esta acción constituirá razón suficiente para que no se me extienda nombramiento. También autorizo a la Oficina del Comisionado de Instituciones Financieras a obtener referencias de empleos anteriores.

Fecha:

Firma del Solicitante:

**No escriba en este espacio**

Acción tomada:  Aceptada  Devuelta  Denegada por:

Fecha:

Firma:

**EL COMISIONADO DE INSTITUCIONES FINANCIERAS NO DISCRIMINA POR RAZÓN DE RAZA, COLOR, SEXO, NACIMIENTO, EDAD, ORIGEN O CONDICIÓN SOCIAL, POR IDEAS POLÍTICAS Y RELIGIOSAS, CONDICIÓN DE VETERANO, NI IMPEDIMENTO FÍSICO O MENTAL**

**PATRONO CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO**

INFORMACION ESTADISTICA SOBRE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD EN EL EMPLEO

Conforme al Plan de Acción Afirmativa

La Reglamentación Federal y del Estado Libre Asociado nos requiere el desarrollo y establecimiento de Programas de Acción Afirmativa para mujeres, jóvenes, veteranos incapacitados de la guerra de Vietnam y personas con impedimento. La siguiente información es necesaria para estos fines; ofrecerla es estrictamente voluntaria, confidencial y no formará parte de su Solicitud de Examen ni será considerada para propósito de entrevista.

Apellidos, Nombre	Seguro Social
Puesto Solicitado	<p>Ofrecer esta información es voluntaria, la misma será utilizada para propósito de estudios y estadísticas</p> <p> <input type="checkbox"/> 16-19  <input type="checkbox"/> 20-24  <input type="checkbox"/> 25-29  <input type="checkbox"/> 30- 35  <input type="checkbox"/> 36 ó más                 </p> <p>Sexo ___ Femenino                      ___ Masculino</p>
Dirección Residencial:	<p>Impedimento físico o mental</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Especifique:</p> <p>Veterano</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Veterano Incapacitado</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Indique si necesita ayuda especial para tomar el examen</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Participante o Beneficiario Programa de Asistencia Económica Gubernamental</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
El propósito de requerir esta información es para asegurarnos que estamos actuando dentro de la ley al extender nombramiento para empleo	
<p>Ciudadano de Estados Unidos</p> <p>___ Sí    ___ No</p> <p>Indique si posee tarjeta de residente</p> <p>___ Sí    ___ No</p> <p>Si naturalizado, indique fecha y lugar:</p>	